

Jong en ernstig verslaafd, wat nu?

Maarten Belgers*

Casüistiek

Inleiding

Thom (24) is in behandeling bij IrisZorg vanwege een langdurig verslavingsprobleem. Hij groeit op in een warm en hecht gezin, met zijn vader, moeder en zussen. Thom is een vrolijk, initiatiefrijk, open en sociaal kind. Op school ontstaan echter problemen. Zijn zussen gaan naar het vwo, Thom naar het vmbo. Dit mislukt. Een orthopedagoog stelt vast dat hij gemiddeld intelligent is, maar impulsief en met veel behoefte aan kicks. Er is ook sprake van gebrek aan zelfvertrouwen, faalangst en gebrek aan schuldgevoel.

Thuis ontstaan er steeds vaker ruzies met woedeaanvallen en verbale agressiviteit. Binnen de structuur van een particuliere school haalt hij wel zijn vmbo-t-diploma. Vervolgopleidingen daarna worden afgebroken na veelvuldig verzuim. Betaald werk duurt kort, zijn uitgavenpatroon leidt uiteindelijk tot een schuld van enkele duizenden euro's. Hij begint te roken en te drinken, en in een jaar tijd ontwikkelt hij een alcohol- en ghb-verslaving. Bij een hevige ruzie thuis moet de politie ingrijpen om hem het huis uit te zetten, later wordt hij opgepakt wegens diefstal. Thuis is inmiddels een onhoudbare situatie ontstaan. Als er regels gesteld worden gaan alle nekharen bij Thom overeind staan.

Diagnose en behandeling

Op zijn negentiende wordt Thom aangemeld bij een ggz-instelling, die ADD bij hem vaststelt. Medicatie weigert hij echter. Als hij twintig is geeft hij aan dat hij behandeling wil voor zijn verslaving. Hij weigert echter de geadviseerde klinische behandeling. Het ambulante traject leidt niet tot vermindering van het gebruik en uiteindelijk belandt Thom in het ziekenhuis met een acute onthouding van ghb. Na ont-

* M. Belgers is verslavingsarts in opleiding bij IrisZorg. E-mail: m.belgers.@iriszorg.nl.

slag wil hij niet verder in behandeling en gaat hij zelfstandig wonen op een kamer in de stad. Naast de verslavingen aan ghb, alcohol en benzodiazepinen wordt gedacht aan een persoonlijkheidsstoornis met antisociale en narcistische kenmerken en ADD.

In de periode daarna vervalt Thom bij herhaling in alcohol- en ghb-gebruik, wat hij - zonder resultaat - probeert te 'reguleren' met het innemen van benzodiazepinen. Op de kamertjes waar hij dan woont is het een onbeschrijflijke troep met eten, pillen en bier op de grond. Zijn lakens zijn besmeurd met bloedig braaksel (de GBL etst de slokdarm en maag). Met Thom is moeilijk een gesprek aan te gaan over zijn verslaving, hij liegt tegen iedereen over alles. Voor de ouders is het ondraaglijk om hun zoon zo te zien. Na de zoveelste crisisopname is het gevaar dat ontstaat bij terugval zo groot, dat Thom een gedwongen opname krijgt onder een rechterlijke machtiging (RM).

De eerder vermoede diagnoses worden bevestigd. Thom weigert nog steeds behandeling voor de ADD. Hij zorgt bovendien voor veel onrust op de afdeling en als hij ghb binnensmokkelt en uitdeelt, wordt geconcludeerd dat behandeling binnen deze kliniek niets oplevert. Na enkele maanden wordt met een lopende RM de behandeling overgenomen door een andere kliniek. Ook hier leidt het gedrag van Thom tot problemen op de afdeling. Ontslag wordt onvermijdelijk en besloten wordt over te gaan tot ambulante begeleiding door een ACT-team. Daarna drinkt Thom veel, gebruikt veel ghb en misbruikt benzodiazepinen. Hij wordt uit kamers gezet en ondergaat een aantal keer een crisisdetoxificatie; de lopende RM garandeert hem steeds weer een opname. Echter, tijdens opnamen leidt zijn gedrag steeds weer tot ontslag. Uiteindelijk komt hij terecht in een tentje op een camping. Zijn moeder bezoekt hem daar niet; zij kan dit niet aan. Thoms vader steunt door hem steeds kleine hoeveelheden geld en sigaretten te geven. Het ACT-team bezoekt Thom wekelijks. Zowel de ouders als het ACT-team voelen zich machteloos. In het team wordt besproken dat er eigenlijk een 'palliatief beleid' wordt gevoerd, terwijl zowel het team als de ouders meer zouden willen doen. Maar Thom doet waar hij zin in heeft.

Aan collega's van een team elders in het land wordt gevraagd om mee te denken. Helder wordt dat de langdurige dwangmaatregelen geen toegevoegde waarde hebben gehad. Daardoor is de verantwoordelijkheid bij de patiënt weggehaald, die daardoor alleen maar meer ruimte heeft gekregen om te gebruiken. Immers, ouders en hulpverlening zijn voortdurend bezig hem te beschermen tegen de gevolgen van zijn gedrag, terwijl hij zelf geen enkele inzet heeft geleverd. Zolang Thom zelf geen (zinvolle) hulpvraag heeft, moet de behandeling erop gericht

zijn gelegenheid te geven die hulpvraag te laten ontstaan. Daar hoort ook bij dat de negatieve gevolgen van het gedrag van Thom niet meer opgevangen worden door de ouders of behandelaren. Het ACT-team moet de ouders in dit proces steunen. Het gaat hier wel degelijk om een behandeling met een doel, namelijk het ontwikkelen van behandelmotivatie. Er moet bovendien een behandelplan klaarliggen, zodat áls Thom bereid is tot behandeling, direct met de behandeling gestart kan worden.

Na ampel beraad met alle betrokkenen wordt de RM opgeheven.

Thom zal niet meer gedwongen worden opgenomen om hem van drugsgebruik af te houden; de verantwoordelijkheid ligt vanaf dat moment bij hem. Als Thom daarna in zijn eentje op een camping bivakkeert, geeft hij uiteindelijk zelf aan dat hij behandeld wil worden. Hij wil naar een particuliere kliniek. Dat een opname met zo weinig eigen motivatie zou mislukken viel te verwachten. Hij is nog niet gewend aan een behandeling waar hij echt inzet voor moet leveren. Geconfronteerd met dezelfde problemen na terugkomst, kiest hij voor vrijwillige behandeling bij een DD-kliniek. Dit gaat enige tijd goed. Hulpverleners en familie zien dat het heel goed kan gaan met Thom als hij zelf inzet levert. Na overgang naar deeltijdbehandeling gaat het echter weer mis. Hij wordt dakloos en gebruikt grote hoeveelheden ghb en alcohol.

Met een delirant beeld wordt hij - vrijwillig - weer opgenomen. Tijdens het hernieuwde verblijf op de DD-kliniek wordt hij behandeld voor de stoornissen in de impulscontrole, en aandacht wordt besteed aan trauma's in het verleden. Hij denkt zelf het na die behandeling weer alleen af te kunnen, en op het moment dat hij onderdak heeft breekt hij de behandeling af. Hij wordt enkele maanden later weer in slechte conditie opgenomen en het verhaal herhaalt zich. Thom vindt vervolgbehandeling niet nodig en vertrekt opnieuw. De ambulante hulpverlener neemt het weer over.

Tot besluit

Behandelteam en ouders zijn ontredderd, na de jaren durende periode van crisisopnamen en mislukte gedwongen behandelingen. De gevoelens lopen uiteen van: 'Er is niets meer aan te doen, laten we een palliatief beleid voeren', tot: 'We moeten deze jonge jongen toch kunnen redden van zijn ondergang? Desnoods sluiten we hem op.' De expertise van collega's van elders stelt ons in staat weer te focussen op mogelijkheden in plaats van onmogelijkheden. We kunnen ons weer richten

op de behandeling van het ontwikkelen van de behandelmotivatie bij de patiënt, in samenspraak met de ouders om, als die hulpvraag er dan ook is, direct in actie te komen aan de hand van een klaarliggend plan. Of het ooit goed zal komen met Thom is uiteraard de vraag. De behandelingen na het opheffen van de RM zijn steeds wat beter verlopen en de mogelijkheden zijn nog niet uitgeput. Wij zullen hem helpen zoveel we maar kunnen, maar we zullen de verantwoordelijkheid niet meer van hem overnemen. Dat is in dit geval een heilloze weg gebleken.